FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année scolaire 1918-1919

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le *1919*

PAR

M. GUILBERT (Francis-Gustave-Fortuné-Joseph)

Ex-Interne des Hôpitaux de Lille

Né le 7 Octobre 1889, à Aubigny-en-Artois (Pas-de-Calais)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement chirurgical de l'Ulcère variqueux

Procédé de la « Jarretière »

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la Thèse : M. F. LEJARS, Professeur.

Suffragants : MM.

LILLE
IMPRIMERIE CENTRALE DU NORD
12, Rue Lepelletier, 12

1919

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	N.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE			
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RIBIERRE
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUSSY
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (Anselme)
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GUENIOT	LEREBOUILLET	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR GUSTAVE BLAIRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PIERRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A qui je dois tant, je dédie ce modeste travail, faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection, pour leur vie toute de labeur et de sacrifices.

A MON ÉPOUSE CHÉRIE ET A MON FILS

A MON FRÈRE ET À MES SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS DE L'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE — EXTERNAT — INTERNAT

A la mémoire de Monsieur le Professeur DERVILLE

Professeur-adjoint de Clinique médicale à la Faculté Libre de Lille

---

A la mémoire de Monsieur le Professeur DESPLATS

Professeur de Clinique médicale à la Faculté Libre de Lille
Médecin de l'Hôpital de la Charité

A la mémoire de Monsieur le Professeur G. AUGIER

Professeur de Clinique médicale infantile

A Monsieur le Professeur DURET

Ex-Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté Libre de Lille
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Membre associé de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Professeur DELASSUS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté Libre de Lille
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

A Monsieur le Professeur VOITURIEZ

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté Libre de Lille

A Monsieur le Professeur VOUTERS

Professeur de Clinique médicale à la Faculté Libre de Lille
Médecin de l'Hôpital de la Charité

A TOUS MES MAITRES

de la Faculté Libre de Médecine de Lille

A Monsieur le Docteur DELÉPINE

Chef de Clinique chirurgicale à l'Hôpital de la Charité, à Lille

---

A Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de l'Instruction publique
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions très sincèrement du grand honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de notre thèse, et nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Il suffit de suivre quelque temps les services hospitaliers et les consultations de dermatologie pour se rendre compte de la fréquence de l'ulcère variqueux.

L'ulcère variqueux est le triste apanage de la classe pauvre, en général, de ces malheureux qui traînent des mois et des mois dans les services hospitaliers qu'ils encombrent.

Certains même, les miséreux, semblent tirer parti de leur infirmité, pendant les longs jours de la mauvaise saison, et viennent échouer à l'hôpital « prenant en quelque sorte leur quartier d'hiver ».

Les traitements médicaux les plus variés sont essayés, mais le résultat obtenu n'est que temporaire. Et pourtant il existe d'excellents traitements chirurgicaux qui devraient, à notre avis, être employés plus souvent.

C'est l'étude de ces traitements chirurgicaux qui fera l'objet de ce modeste travail, préparé et rédigé pendant les heures, trop rares hélas, laissées libres par nos occupations militaires.

Avant de terminer nos études médicales, c'est pour nous un agréable devoir de dire toute notre reconnaissance à nos excellents maîtres de la Faculté libre de

Médecine de Lille, dont les exemples, l'enseignement et le dévouement, guidèrent nos études. Nous avons trouvé, auprès d'eux, le moyen de réaliser ce noble idéal médical « Science et Conscience ».

Nous adressons un souvenir ému aux camarades, nombreux malheureusement, tombés au champ d'honneur, pendant cette terrible guerre.

Nous n'oublierons pas les bonnes années que nous avons passées à l'Internat de la Faculté libre, ce foyer d'amitié franche, de saine gaieté et de travail que nous aimions à appeler « une seconde famille ».

Monsieur le Professur Delassus, après nous avoir si généreusement initié à la technique chirurgicale pendant notre internat dans son service si actif, a inspiré le sujet de notre thèse et a bien voulu nous guider de ses conseils. Qu'il veuille bien agréer nos sentiments de respectueuse gratitude.

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LES VEINES SUPERFICIELLES ET SUR LES NERFS SUPERFICIELS DE LA JAMBE

Pour mieux étudier, dans la suite, la pathogénie des ulcères variqueux et leur traitement chirurgical, il nous paraît intéressant de rappeler quelques notions anatomiques, non seulement sur les veines superficielles, mais encore sur les nerfs superficiels de la jambe.

A. *VEINES SUPERFICIELLES*

1° Le sang veineux du pied est drainé par le riche réseau constituant la « semelle veineuse », décrite par M. Lejars, puis par les veines marginales, pour la face plantaire, réunies aux veines dorsales (formant l'arcade dorsale).

Ces veines viennent se jeter dans deux gros troncs : la saphène interne et la saphène externe.

2° La *saphène interne* fait suite à la veine dorsale interne du pied, puis passant en avant de la malléole interne, devient verticalement ascendante, longe la face

interne de la jambe, le bord interne du genou, la face antero-interne de la cuisse.

Elle vient ensuite se jeter dans la veine fémorale à 3 ou 4 centimètres de l'arcade fémorale après avoir perforé l'aponévrose : le fascia cribriformis renforcé par le repli falciforme d'Allan-Burns.

Au niveau de son abouchement, elle forme la crosse de la saphène, sous laquelle passe la petite artère honteuse externe inférieure.

Pendant tout son trajet, jusqu'au niveau de sa crosse, la saphène interne est superficielle, cheminant dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A la jambe, et assez fréquemment même, la saphène interne est accompagnée d'un autre veine, plus postérieure, la saphène minor.

La saphène interne peut être dédoublée, quelquefois même triplée.

3° La *saphène externe*, née de la dorsale externe du pied, passe en arrière de la malléole externe, puis longe le bord externe du tendon d'Achille, et s'engage sous l'aponévrose, dans le sillon des deux muscles jumeaux.

Elle vient se jeter dans la face postérieure de la veine poplitée à la partie moyenne du creux poplité.

Très souvent, la saphène externe émet un canal anastomotique qui se porte en haut et en dedans, en contournant la face externe de la cuisse, et vient se jeter dans la saphène externe, un peu au-dessous de son abouchement dans la veine fémorale.

M. le Dentu a également signalé un canal veineux

externe, satellite du nerf musculo-cutané, issu des veines du pied et se jetant dans le cercle veineux du genou.

Signalons encore que les deux veines saphènes sont réunies par des anastomoses, en nombre variable, plus particulièrement une anastomose inférieure, à quelques centimètres au dessus de la malléole interne, et une anastomose supérieure au niveau de la jarretière.

4° *Anastomoses entre les veines superficielles et les veines profondes.* — Ces anastomoses, très importantes, relient la saphène interne aux veines pédieuses, au cou-de-pied, aux veines tibiales antérieures et aux tibiales postérieures au niveau de la jambe.

La saphène externe s'anastomose au cou-de-pied avec les veines plantaires et avec les veines péronières antérieures et postérieures.

Le rôle de ces communicantes est très important dans la pathogénie des ulcères et constitue un gros écueil du traitement chirurgical. Couton, dans sa thèse, les mentionne particulièrement. Elles partent généralement des troncs accessoires : « Les unes, dit-il, sont « directes, c'est-à-dire vont se jeter dans les gros troncs « veineux profonds; les autres sont intra-musculaires, « c'est-à-dire s'engagent dans l'épaisseur des muscles, « pour s'anastomoser avec des rameaux veineux « accompagnant la branche artérielle des muscles, « beaucoup sont mixtes. Quelle que soit leur terminai- « son, leur mode de pénétration est toujours le même : « la veine se coude brusquement, et s'engage dans un « orifice aponévrotique, quelquefois épaissi par une « bandelette semi-circulaire, semblable au repli folci- « forme du fascia cribriformis ».

Charpy, cité par Terrier et Alglave, distingue trois variétés de perforantes :

« 1° Des perforantes dépourvues de valvules, conduisant le sang du système profond au système superficiel, et qui sont des voies neutres.

« 2° Des perforantes qui, par leurs valvules conduisent le sang de la surface vers la profondeur.

« 3° Des perforantes qui dirigent le sang des veines profondes aux veines superficielles ».

Terrier et Alglave, au cours de leurs opérations et dissections, ont remarqué que : « chez certains variqueux, « elles étaient énormes au niveau des jambes, atteignant toujours leur maximum de développement dans « la zone du tiers moyen et du tiers inférieur de la « jambe, qui sont, il faut le remarquer, les lieux d'élection des plus grosses varices, des hémorrhagies les « plus redoutables et des ulcères variqueux ».

5° *Valvules*. — Les veines saphènes sont riches en valvules. Ces valvules sont très variables en nombre, en situation. Il est à remarquer qu'elles s'atrophient peu à peu avec l'âge.

Houzé et Klotz ont étudié ces valvules. En sont munies les veines ascendantes et les perforantes ou communicantes.

Ils en ont compté 8 à 15 dans le trajet de la saphène externe. Pour la saphène interne, Houzé en compte 11 à 20. Klotz en a trouvé 30 chez le fœtus. Ce dernier a constaté que, à 25 ans, 5 valvules étaient atrophiées sur 30 — à 54 ans, 12 valvules atrophiées — à 70 ans, 25 valvules atrophiées.

Il existe aussi une valvule ostiale à chaque abouchement de vaisseau superficiel dans les veines profondes. Une valvule ostiale, plus importante que les autres, se trouve sur le trajet de la veine crurale au-dessus du carrefour veineux constitué par la veine saphène interne et la veine fémorale. Albert, dans sa thèse (1911), conclut même que « la valvule supérieure de la veine crurale commande toute la circulation veineuse du membre inférieur ».

La direction de ces valvules est également variable suivant le segment de membre examiné : centripètes dans les troncs veineux de la cuisse et de la jambe, mais centrifuges au pied : « Il y a donc, comme dit « Couton, au tiers inférieur de la jambe, une région « où à la pression sanguine venant d'en bas, s'ajoute, « dès que les valvules sont forcées, la pression sanguine « venant d'en haut; la peau est par conséquent dans « de mauvaises conditions de vitalité et de résistance, « et offre un terrain très favorable au développement « d'un ulcère variqueux ».

B. *NERFS SUPERFICIELS*

Les nerfs superficiels de la jambe sont des nerfs sensitifs.

1° Le *rameau jambier du nerf saphène interne.* — Il constitue, avec le rameau rotulien, la terminaison du nerf saphène interne, branche profonde du nerf crural. Après avoir cheminé entre le couturier et le droit interne, rant l'aponévrose jambière à la face interne du genou, devient superficiel.

A ce moment, il accompagne la veine saphène interne jusqu'au cou-de-pied. Il suit le bord antérieur de la veine dans la moitié supérieure de la veine, puis passant sous elle, s'accole au bord postérieur de la veine dans la moitié inférieure.

Pendant tout son trajet jambier, il émet de nombreux rameaux collatéraux qui vont innerver la peau de la moitié interne de la jambe et le tiers interne de sa face postérieure. Au niveau du cou-de-pied, après avoir fourni quelques filets articulaires, il émet des filets cutanés pour le bord interne du pied.

2° Le *nerf musculo-cutané*. — Branche de bifurcation externe du sciatique poplité externe, après un trajet profond, entre les deux muscles péroniers latéraux, perfore l'aponévrose superficielle au tiers inférieur de la jambe, face antéro-externe, et se divise en deux rameaux légèrement divergents qui vont innerver la face dorsale du pied, après avoir émis quelques filets cutanés pour la peau de la face antéro-externe de la jambe, tiers inférieur.

3° Le *Cutané péronier*, assez grêle, se détache du sciatique poplité externe à la hauteur du condyle externe du fémur, par un tronc qui lui est généralement commun avec l'accessoire du saphène externe. Après un trajet sous aponévrotique de longueur variable suivant les sujets, il perfore l'aponévrose (généralement au niveau de la jarretière), et après avoir émis de nombreux filets cutanés sur la face externe de la jambe, vient se terminer au talon.

4° Le *nerf saphène externe*, branche du sciatique po-

plité interne, se détache de ce dernier nerf à la partie moyenne du creux poplité. Il accompagne constamment la veine saphène externe, en cheminant le long de son bord interne (tiers supérieur), puis, sur son bord externe (deux tiers inférieurs). Au niveau du mollet il émet une anastomose, appelée le nerf accessoire du saphène externe, qui rejoint le cutané péronier.

5° Notons encore la présence de *deux filets terminaux du petit sciatique*. Ces filets, après avoir perforé l'aponévrose au niveau du creux poplité vont : l'un innerver la peau de la face postérieure et supérieure de la jambe, l'autre s'accole à la veine saphène externe et vient s'anastomoser au tiers inférieur de la jambe avec le nerf saphène externe.

Pour nous résumer : la veine saphène interne, dans son trajet jambier est accompagnée par le rameau jambier du nerf saphène interne.

La veine saphène externe est accompagnée dans tout son trajet par le nerf saphène externe et aussi par le petit filet terminal du petit sciatique.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DES ULCÈRES VARIQUEUX

L'ulcère variqueux est une affection de l'âge avancé, dans la grande majorité des cas. Il survient le plus souvent chez les ouvriers que leur travail expose aux efforts répétés, à la station debout prolongée, aux multiples contusions.

Le sexe masculin paraît plus prédisposé aux ulcères variqueux.

Plusieurs théories ont été émises concernant la pathogénie des ulcères variqueux. Nous les classerons en : théorie diathésique, théorie lymphatique, théorie nerveuse, théorie veineuse, théorie artérielle.

1° La *Théorie diathésique*, ou humorale, fait jouer un rôle important à l'arthritisme, à l'herpétisme. Ces diathèses modifient et troublent la nutrition des tissus, l'état des parois veineuses, la résistance de la peau, autant de causes qui favorisent l'apparition d'un ulcère.

D'après Ribu, l'importance de la diathèse explique les insuccès opératoires : « Comme on ne peut rien « contre l'élément diathésique, il persiste toujours,

« même après l'opération la plus radicale, ce qui ex-
« plique pour une large part les insuccès que nous ren-
« controns dans chaque méthode ».

2° La *Théorie lymphatique*, actuellement abandonnée incriminait la compression des tissus, due à l'œdème.

3° La *Théorie nerveuse*, déjà ancienne puisque, dès 1812, Léveillé signalait le refroidissement des jambes atteintes d'ulcère variqueux. Plus tard, Verneuil décrit les crampes fréquentes des mollets chez les variqueux. Auzilhon, en 1688, signale au niveau des ulcères une anesthésie relative.

Mais c'est F. Terrier qui, le premier, posa l'énoncé du problème. Il recherche les troubles de la thermosensibilité dans les ulcères variqueux, troubles qui précèdent même l'apparition de l'ulcère : retard de la perception au chaud et au froid, diminution de la sensibilité à la douleur, inexactitude de la localisation.

Séjournet, son élève, dans sa thèse (1877), reflétant les idées du maître conclut : « qu'il est probable que les ulcères variqueux sont le siège de lésions nerveuses, qu'il y a là une relation de cause à effet, expliquant le mode de production des ulcères, que l'ulcère variqueux est d'origine trophique ».

En 1882, M. Quénu, montre en quoi consiste ces lésions nerveuses entrevues. Ses recherches portent sur des observations cliniques et sur de nombreux examens macroscopiques et microscopiques approfondis.

Il constate dans tous les cas, de la névrite périfasciculaire et parfois même intrafasciculaire accompagnée de l'ectasie des petites veines des nerfs. « Le premier

« degré des lésions, dit-il, consiste dans une légère « augmentation de volume du nerf accompagnée d'une « simple dilatation des veinules qu'il renferme. Puis, « autour des veines dilatées, on voit se former du tissu « conjonctif qui, de périveineux, ne tarde pas à deve- « nir périfasciculaire, à s'interposer entre les faisceaux « primitifs et à les écarter.... A une certaine période, « les tubes nerveux sont espacés, séparés les uns des « autres par de larges espaces remplis de tissu fibreux « et des capillaires volumineux. Les tubes nerveux se « raréfient, semblent s'atrophier, sans que nulle part « nous puissions constater les signes d'une névrite « parenchymateuse. En résumé, la lésion habituelle « est une névrite purement interstitielle, ordinairement « périfasciculaire ».

Plus tard, en 1888, dans une communication faite à la Société de Chirurgie, M. Quénu ne se montre pas moins affirmatif : « les variqueux ont des varices des « nerfs comme ils ont des varices des muscles et de la « peau..., l'état du système nerveux périphérique do- « mine toute l'histoire des troubles fonctionnels des « varices, de même qu'il régit l'apparition des diffé- « rentes lésions cutanées, depuis le simple érythème « jusqu'à l'ulcère variqueux ».

4° *Théorie veineuse.* — Cette théorie est très ancienne puisque A. Paré et Dionis préconisaient la ligature de la saphène interne au niveau du genou. Ces auteurs invoquaient la force de la pesanteur. Puisque les valvules sont insuffisantes, les veines de la jambe et du pied reçoivent tout le poids de la colonne sanguine qui remonte jusqu'à l'oreillette droite.

Les veines se laissent distendre et deviennent variqueuses et, à l'occasion d'un traumatisme, une plaie légère ou une hémorragie survenant, l'ulcère se constitue.

Pendant longtemps cette théorie fut admise, mais elle n'établissait pas que pour qu'une veine se laisse distendre, il faut une lésion primitive de son endothélium, la phlébite pariétale.

Au Congrès français de Chirurgie de 1894, Delore parle du « coup de bélier musculaire » communiqué par les veines profondes.

Ce coup de bélier musculaire s'oppose au « coup de bélier abdominal » produit par le reflux de l'iliaque dans la saphène pendant les mouvements et les efforts du tronc.

Après les recherches de Trendelenbourg (1890), M. Pierre Delbet, en 1897, établit la prédominance de l'élément veineux dans la pathogénie des ulcères variqueux. Il fait à la théorie nerveuse les trois objections suivantes :

1° Le mal perforant, que l'on rencontre dans presque toutes les lésions nerveuses, n'existe pas chez les malades atteints d'ulcère variqueux.

2° Les troubles trophiques, dans le cas de lésion nerveuse, sont presque toujours consécutifs aux perturbations des autres fonctions du nerf et apparaissent les derniers et les troubles de la sensibilité n'existent pas d'une façon marquée.

3° L'ulcère de la jambe est rapidement amélioré par

le decubitus dorsal. Il serait sans action sur une lésion purement nerveuse.

Pour lui la lésion capitale est l'insuffisance valvulaire de la saphène. Trendelenbourg avait remarqué que la saphène est invisible quand le malade est couché et qu'elle gonfle quand il est debout.

Une épreuve met mieux en évidence l'insuffisance valvulaire de la saphène : On fait coucher le malade, puis avec le doigt on comprime la veine saphène au niveau de son abouchement dans la fémorale. Ceci fait, on fait lever le malade : la saphène reste aplatie. Mais dès qu'on lache le doigt, on voit le sang remplir rapidement la veine de haut en bas.

M. Schwartz propose une autre épreuve : la percussion brusque de la saphène, moyennement tendue, au niveau de sa partie supérieure. Cette percussion provoque une onde vibratoire plus ou moins loin suivant le volume des varices et le degré d'insuffisance des valvules.

M. Pierre Delbet établit ensuite que, même dans les cas où la saphène est invisible et non dilatée, elle peut être atteinte d'insuffisance valvulaire. Grâce à des expériences manométriques, il montre que dans une saphène en apparence saine, après ligature la pression dans le bout central qui devrait être égale à zéro, peut atteindre 26 centimètres de mercure.

Ceci l'amène à faire jouer un rôle important à la pression dans la saphène.

L'ulcère peut se produire de deux manières :

1° L'excès de pression refoule le sang vers la périphérie jusqu'aux capillaires, ce qui amène un arrêt plus

ou moins complet de la circulation, d'où trouble de la nutrition des tissus.

2° Un circulus veineux peut s'établir dans tout le membre inférieur par suite de la direction centrifuge du sang veineux. En effet, comme l'avait montré Le Dentu, au niveau des anastomoses qui unissent le système veineux profond, les valvules ont une disposition qui permet au sang des veines superficielles de refluer vers les veines profondes, mais empêche le courant en sens inverse. Le sang des veines superficielles va remonter par les veines profondes, et arrivé au niveau de l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale, il va redescendre dans le système superficiel. Ce circulus ainsi établi fait que le sang perd peu à peu de sa valeur nutritive et n'apporte plus aux tissus les matériaux vivifiants nécessaires.

Rémy dans son Traité des Varices (1901), s'appuyant sur des recherches histologiques, dit : « Tout ulcère repose sur une veine variqueuse qui adhère à la peau.

5° *Théorie artérielle*. — Cette théorie est défendue par Schreider dans sa thèse (1883). Il montre l'influence de la dégénérescence athéromateuse des artères qui vient s'ajouter aux lésions veineuses et nerveuses. D'après lui, tous les malades atteints d'ulcères ont les artères malades. « Cette opinion, dit Couton, est sans doute exagérée, car combien d'athéromateux sans varices, et combien de variqueux sans athérome ! » et M. Pierre Delbet fait remarquer que certains athéromateux qui ont des artères assez malades pour faire de la gangrène sénile, ne présentent jamais d'ulcère.

Telles sont succinctement exposées, les différentes théories pathogéniques. Il est bien difficile d'établir la part d'exactitude de chacune dans la pathogénie de l'ulcère variqueux, car bien des causes interviennent dans son apparition.

Il est particulièrement difficile d'établir avec précision quel est le « primum movens » : le mauvais état des vaisseaux ou celui des nerfs — lequel est antérieur à l'autre ? Aucune théorie, prise seule, ne satisfait complètement l'esprit et n'explique tous les cas.

Comme dit M. A. Broca : « Il y a échange réciproque de mauvais procédés d'artères à veines, de veines à nerfs et le tout concourt à faire des jambes atteintes des lieux de moindre résistance, à y rendre les tissus « infirmes », selon l'expression de Besnier ».

A notre avis, il est probable que les veines sont les premières en cause. Sous l'influence d'une diathèse, par exemple, l'arthritisme, la paroi veineuse qui a une faible résistance se dilate et perd sa souplesse et sa contractilité. Ce processus se produit non seulement dans les gros troncs veineux, mais encore dans les petites veines des nerfs. Peu à peu arrive la sclérose de la paroi de ces petites veines.

Cette sclérose envahit le nerf et, pénétrant entre les tubes nerveux, les dissocie, les étouffe. La névrite périfasciculaire arrive parfois à devenir intrafasciculaire. Les troubles trophiques d'origine nerveuse, signalés plus haut, apparaissent.

Les tissus qui, d'un autre côté, sont mal nourris et dans lesquels stagne le sang, s'altèrent. Sous l'influence d'un traumatisme l'ulcération se constitue.

CHAPITRE III

REVUE HISTORIQUE ET CRITIQUE DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS CHIRURGICAUX DE L'ULCÈRE VARIQUEUX

Avant d'aborder cette étude, notons l'insuffisance des traitements, dits médicaux, qui n'arrivent à guérir les ulcères que temporairement et exigent un long traitement.

La guérison semble survenir, mais dès que le malade reprend ses occupations ou son travail, l'ulcère reparaît peu à peu.

Tout récemment, MM. Audibert et Fouquet, reprenant la méthode d'Unna, disent obtenir d'excellents résultats par l'application d'un pansement imprégné d'une colle à base d'oxyde de zinc, de silicate de potasse et de gélatine, et recommandent de faire marcher les malades. Mais ce n'est qu'un traitement symptomatique, et le résultat semble ne pas devoir être définitif.

Notons encore, pour mémoire, les essais de traitement radiumthérapique. Wickham et Degrais, en 1907, citent

un cas de petit ulcère variqueux guéri par quelques courtes applications de radium. Mais ce traitement ne s'applique qu'aux malades des grandes villes. Il est dispendieux, et de plus il ne peut s'adresser qu'aux petits ulcères.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Depuis très longtemps les médecins ont essayé les procédés sanglants. Plutarque nous relate une opération pratiquée sur Marius, par un chirurgien romain. Le patient ne put supporter la douleur d'une opération prolongée.

Ambroise Paré, en 1560, employait des cautères, méthode douloureuse et infidèle, ou même la ligature de la saphène au niveau du genou : « Je coupe souventes fois « la veine en dedans de la cuisse, un peu au-dessus du « genou, où à la plupart du temps se trouve l'origine de « la production de la veine variqueuse. La ligature doit « être laissée jusqu'à ce qu'elle tombe de soi-même ». Mais il eut des cas mortels, à cette époque où l'asepsie et l'antisepsie étaient inconnues.

Nombreux sont les procédés proposés pour la cure de l'ulcère variqueux. Aussi pour mieux les étudier nous les classerons en :

1° Opérations locales ;

2° Opérations à distance : sur les veines, sur les nerfs, opérations mixtes.

3° Opérations exceptionnelles.

1° *OPÉRATIONS LOCALES*

On a tenté les *scarifications* (Widal), empiétant de deux à trois centimètres sur les tissus sains périphériques, ne dépassant pas le derme en profondeur. Ce procédé amène des améliorations dans les petits ulcères à bords calleux.

L'excision de l'ulcère ne s'adresse qu'aux mêmes cas. On y ajouté les *greffes* de Reverdin et d'Ollier-Thiersch, ou même l'*autoplastie* par glissement ou à pédicule adhérent (méthode italienne).

Comme le dit Albert : « ces procédés ne répondent à aucune idée pathogénique ».

Puis on a tenté les *injections périveineuses et même endoveineuses*, surtout préconisées par l'école de Lyon avec Delore. Ces injections sont faites avec des liquides plus ou moins coagulants ; solution iodée ou phéniquée. Elles exposent trop aux embolies.

Gay, en 1853, obtient des résultats satisfaisants par une *incision libératrice* en fer-à-cheval.

Dolbeau, en 1862, emploie la *circonvallation*, ou incision à contour ovalaire, à 2 centimètres environ des bords de l'ulcère, allant en profondeur jusqu'à l'aponévrose sous-jacente. Ce procédé favorise le rapprochement des bords de l'ulcère.

Cette méthode a été modifiée par Faure, en 1866, qui propose de faire deux incisions circonscrivant l'ulcère, et par Heyden qui remplace l'incision unique par de petites incisions en arc de cercle, offrant l'aspect d'un diagramme de fleur. Cette dernière méthode a été employée,

dans la suite, par Berger, Félizet, Gérard Marchant, Willems, mais elle est actuellement abandonnée.

Wallis, en 1898, recommande de faire deux incisions longitudinales pénétrant jusqu'au périoste, l'une en dedans et l'autre en dehors de la plaie, puis de détacher le fond de l'ulcère de la face profonde et de suturer les incisions. Cett méthode reprise par Rémy, a donné quelques résultats, mais dans des ulcères de petite dimension.

A l'ensemble de ces procédés nous ferons le reproche d'être trop limités à l'ulcère et de ne pas modifier l'état des veines variqueuses de la jambe. De plus ils ne s'appliquent qu'aux petits ulcères.

2° OPÉRATIONS A DISTANCE

A. *OPÉRATIONS SUR LES NERFS*

En 1895, Delagenière traitant une sciatique rebelle chez un variqueux, par la ligature des veines peri-nerveuses, fut obligé de dissocier le nerf sciatique pour aller détruire les veines qui pénétraient entre ces faisceaux. Il obtint un résultat excellent. Il préconisa la *dissociation du nerf sciatique* comme moyen de guérison des ulcères.

Chipault, en 1899, propose l'*élongation des troncs nerveux*. M. Paul Delbet la fit bien connaître, avec ses résultats, dans une communication à la Société de Biologie, en 1899. Silvy, dans sa thèse (1900), et Cailleton (1901), relatent de nombreux succès immédiats. Selon

le siège de l'ulcération, l'élongation porte sur le nerf saphène interne, sur le cutané péronier, sur la branche terminale du petit sciatique, sur la branche musculo-cutanée du sciatique poplité externe. Bien peu de ces cas parlent des résultats à distance. Cependant Silvy cite une guérison persistant 19 mois après l'opération.

Cette dissociation du nerf sciatique, encore appelée le « hersage », se pratique à l'aide de la sonde cannelée, de la pointe d'un bistouri ou d'un instrument spécial imaginé par Gérard Marchant.

A tous ces procédés d'attaque des nerfs on fait le reproche d'être d'une exécution très délicate, et de ne s'adresser qu'à un seul facteur pathogénique et de négliger les veines. Les troubles dus à l'excès de pression, à l'insuffisance valvulaire subsistent. C'est ce qui a fait abandonner ces procédés opératoires dans le traitement des ulcères variqueux.

B. *OPÉRATIONS SUR LES VEINES*

La *ligature de la saphène* est une opération très ancienne, puisque, comme nous l'avons vu, Ambroise Paré la pratiquait.

Plus tard, J.-L. Petit en précisa les indications et Everard Homes, le premier, l'appliqua au traitement des ulcères variqueux en 1799. Rima ,en 1825, proposa la ligature à la partie inférieure de la cuisse. Solero y ajouta même la section de la veine.

Il est facile de se rendre compte des désastres survenus à cette époque où l'antisepsie était inconnue. Lisfranc perdit 3 opérés sur 5, d'infection purulente.

Aussi une réaction se produisit, et Dupuytren, puis Velpeau allèrent jusqu'à déclarer les varices incurables.

En 1875, Lucas-Championnière fit la première ligature de la saphène dans de bonnes conditions.

Schwartz, en 1885, précise le manuel opératoire et annonce des succès dans le traitement des ulcères variqueux.

Plus tard, en 1890, Trendelenbourg, après avoir établi l'insuffisance valvulaire de la saphène, pratiqua de nombreuses ligatures et Ricard, en France, fit l'opération dans un grand nombre de cas.

Jusqu'à cette époque on ne faisait qu'une seule ligature suivie ou non de la section de la veine.

En 1898, Schwartz, au Congrès de Chirurgie, décrit un nouveau procédé : les *résections multiples et étagées de la saphène* avec ligature (4 ou 5 à la cuisse, 1 ou 2 à la jambe). Cette intervention a l'avantage de fragmenter la colonne sanguine et de ce fait diminue l'influence de la pesanteur. Mais les résultats tardifs ne sont pas toujours favorables. Viannay, en 1905, signale des récidives, ainsi que Terrier et Alglave en 1906.

C'est alors que les chirurgiens commencèrent à pratiquer de très *longues résections partielles* et ensuite des *résections complètes*.

Déjà, en 1902, M. Legueu rapportait un cas de résection complète de la saphène pour varices accompagnées d'ulcères. Le malade sortait guéri 30 jours après l'intervention et deux mois après, le résultat excellent était maintenu.

Le travail de Terrier et Alglave (1906), met au point

la question, en se basant sur la dissection et sur de nombreuses interventions. Ils décrivent minutieusement la technique de la saphénectomie. Sur 21 observations relatées, 9 concernant des cas de varices accompagnées d'ulcères. L'intervention amène la guérison, mais nous n'en connaissons pas les résultats éloignés.

Plus tard, en 1909, Alglave publia encore 35 observations avec des résultats très satisfaisants.

Truchet, dans sa thèse (1909), note sur 37 opérés : 14 cas avec ulcères sont restés stationnaires ou récidivèrent. Il en arriva à conclure : « La saphénectomie to-
« tale est une opération de choix dans le traitement des
« varices soit simples, soit compliquées, lorsque le
« genre de vie des malades ne leur permet pas de se
« contenter des soins hygiéniques ; mais elle ne guérit
« pas toujours l'ulcère variqueux, surtout dans les cas
« anciens qui s'accompagnent de lésions trophiques trop
« graves. Aussi faut-il faire place, à côté d'elle à quel-
« que opération complémentaire ».

Citons encore, pour être complet, un procédé assez compliqué proposé par Narath, qui consiste à faire de courtes incisions tous les 10 à 20 centimètres, en en tiraillant les bouts veineux à les réséquer successivement.

Anastomose saphéno-fémorale. — M. Pierre Delbet voulant suppléer à l'insuffisance de la valvule située à l'embouchure de la saphène interne, propose de transplanter l'orifice de cette veine au-dessous d'une valvule de la veine crurale. La technique, reconnue très délicate par son auteur lui-même exige une asepsie très rigou-

reuse, l'exclusion de tout antiseptique, pour éviter la coagulation du sang et la thrombose oblitérante. Cette thrombose oblitérante pourrait amener les suites les plus graves.

Hesse et Chak, dans leur communication au Congrès des Chirurgiens russes, à Moscou (1910), disent avoir pratiqué l'anastomose saphéno-fémorale dans 18 cas qui s'ajoutent aux 25 cas de M. Delbet. Dans 12 cas il y avait coexistence d'ulcère. Ils ont obtenu 17 guérisons *per primam* avec bon résultat, pas d'œdème, cicatrisation des ulcères (sauf 1 cas qui demanda plusieurs semaines) et 1 mort par thrombo-phlébite suppurée.

Comme nous venons de le voir, tous ces procédés qui ne s'appliquent qu'aux veines, sont passibles d'un même reproche : Ils ne font rien contre l'élément nerveux si important dans la pathogénie de ce trouble trophique qu'est l'ulcère variqueux.

Quant à l'anastomose saphéno-fémorale, c'est une intervention trop délicate qui n'est pas à la portée de tous les chirurgiens et qui fait courir de trop grands risques.

Dans tous ces procédés nous retiendrons la saphénectomie totale comme opération complémentaire dans les cas où l'ulcère s'accompagne de varices volumineuses, remontant au-dessus du genou ou dans les cas où l'insuffisance valvulaire est très marquée.

c. *OPÉRATIONS MIXTES OU COMBINANTES*

1° *Ligature de la saphène et résection de grands lambeaux cutanés.* — Cette opération, proposée par

M. Schwartz et reprise par Cailloué dans sa thèse (1899), cherche à produire un « bas élastique naturel ». Son principe est le même que celui de la cure du varicocèle : Après la résection d'un grand lambeau cutané et la suture, les varices sous-cutanées sont bridées par la tension de la peau. Cailloué cite 20 observations dont seulement 4 avec ulcère. Ces ulcères sont peu étendus, peu profonds et récents. Sur les 4 opérés, un n'a pas été revu, un deuxième accuse de la douleur au niveau de la cicatrice de son ulcère encore un an après l'intervention. Quand aux deux autres, la guérison persistait un an après l'intervention.

Mais ce procédé ne s'applique qu'aux ulcères provoqués ou entretenus par des varices superficielles. « Dans les cas où les vaisseaux profonds n'ont pas conservé leur intégrité valvulaire, les mauvais résultats obtenus ne justifient pas l'intervention ». De plus cette opération ne fait rien contre les nerfs.

2° *Incision circonférentielle de la jambe.* — En 1894, Moreschi imagina de pratiquer une incision circulaire de la jambe à 4 centimètres environ au-dessus de l'ulcère, jusqu'à l'aponévrose, et de sectionner tous les vaisseaux et les nerfs superficiels sus-ulcéreux. Après avoir écarté les lèvres de la plaie il pince et lie les vaisseaux en mettant l'aponévrose largement à nu.

Puis il fait une incision semblable au-dessous de l'ulcère, au-dessus des malléoles. Si les veines tibiales postérieures et péronières sont variqueuses, il les lie après avoir pratiqué une boutonnière dans l'aponévrose. Il ne fait pas la suture des plaies opératoires, mais les

laisse se fermer par deuxième intention afin d'éviter la reproduction des varices.

Ce procédé fit sensation à son époque et provoqua même l'enthousiasme chez les chirurgiens italiens qui employèrent le procédé avec des résultats très divers. Le résultat immédiat était en général très bon, mais bien souvent apparaissait de l'œdème du pied et même certains ulcères récidivaient.

Mariani reproche au procédé de provoquer des adhérences tendineuses des extenseurs du pied amenant une limitation des mouvements. Aussi dès 1900, il propose de réduire la méthode à la simple incision supérieure, au niveau du mollet.

Depuis, le procédé de Mariani a subi quelques modifications et la plupart des chirurgiens délaissent l'incision sus-malléolaire. Notons cependant que Terrier et Alglave dans leur travail (1906), vantent l'incision circulaire sous-ulcéreuse, jointe à la saphénectomie totale dans certains cas de varices compliquées d'ulcères.

Le procédé de Mariani fut employé par Reclus avec succès, mais après modification. Reclus pratiquait l'incision circonférentielle à la partie supérieure de la jambe, d'où le nom d'opération de la « *jarretière* ».

Durand, dans sa thèse (1902) publie 5 observations de malades opérés par ce procédé, mais ne donne pas les résultats à distance.

Vince, de Bruxelles, propose de joindre à l'incision de Mariani la ligature de la saphène au niveau de son abouchement dans la fémorale.

Pour éviter que la cicatrice de l'incision soit cons-

trictive, Brault, en 1903, à la Société de Chirurgie, propose de ne faire qu'une incision en U, respectant la peau de la face antérieure de la jambe, car, dit-il, à ce niveau, il n'y a pas de nerfs et de veines importants. Cette incision doit ensuite être réunie *per primam*. Les résultats immédiats sont excellents. Il a fait cette opération sur 5 malades : 4 avec ulcère et 1 avec eczéma variqueux. La plaie guérit en 8 à 12 jours et l'ulcère se comble en 15 jours environ. Il signale même une diminution des varices, non seulement au-dessous de l'incision mais encore au-dessus.

Pour éviter la rétractilité de la cicatrice, on a également conseillé de faire l'incision « en créneaux », en « guirlande » (Mauclaire). Sur le malade de notre observation II, M. Delassus dut découper 3 bandes de peau saine en faisant de l'autoplastie par glissement. Plus tard, sur le malade de notre observation I, il respecta trois ponts de peau, divisant ainsi l'incision en trois segments.

Rindfleish a proposé l'incision spiroïde formant 6 ou 7 tours de spire.

Wenzel, de Buenos-Ayres fait l'incision non pas à la jambe, mais au tiers inférieur de la cuisse. Ce procédé est décrit par Marie Tessène dans sa thèse (1905). Mais comme dit Albert : « Si Wenzel prétend avoir retiré de « bons résultats de son procédé, les quelques observa- « tions citées dans la thèse de Marie Tessène sont loin « d'être convaincantes. En effet, sur les 7 cas relatés, « et provenant des services de M. Schwartz et de Crédé, « trois opérés sortis avant la cicatrisation de leurs

« ulcères n'ont pas été revus ; des quatre autres sortis « guéris, le seul qui ait été revu avait récidivé ».

Au Congrès de Chirurgie de 1910 (Paris), M. Mauclaire propose l'incision circonférentielle de la jambe accompagnée de la ligature étagée ou la résection partielle de la saphène et même de la circonvallation. Il dit avoir obtenu d'excellents résultats. Bérard joint comme opération complémentaire la saphénectomie. Alessandri et Raymond emploient l'incision en jarretière seule ou accompagnée de la résection de la saphène. M. Paul Delbet dit que l'opération de Mariani réussit dans presque tous les cas.

Ajoutons encore à l'appui de notre thèse les résultats consignés par Couton dans sa thèse (1909) : sur 96 malades opérés aucun décès. — 1° *Malades ne paraissant pas présenter cliniquement d'insuffisance valvulaire de la saphène*, ayant subi la « jarretière » seule : 31 opérés, 7 revus de 4 à 1 an après l'intervention = 7 guérisons.

2° *Malades présentant de l'insuffisance valvulaire de leur saphène :* 8 opérés de la « jarretière » seule, 5 sont revus de 4 à 2 ans après l'intervention = résultat : 4 avaient vu leur ulcère récidiver, 1 avait vu les varices se reproduire. Les opérés ayant subi outre la « jarretière » la résection complète ou très étendue de la saphène : 31 opérés, 8 furent revus de 5 à 1 an après l'intervention = résultat 8 guérisons.

D. *OPÉRATIONS EXCEPTIONNELLES*

1° *Raccourcissement du membre inférieur.* — Ce procédé a été tenté avec succès en 1910 par M. Delagenière

sur un malade atteint d'ulcère variqueux rebelle. La description de cette opération est faite pour la thèse d'Albert (1911). Disons seulement qu'elle consiste en une résection de 2 cm. à 2 cm. 1/2 de tibia et de péroné, suivie de suture osseuse au fil d'argent.

2° *Amputation.* — C'est la dernière ressource dans les cas d'ulcères profonds, circulaires, récidivants qui ont amené des troubles graves : atteinte du périoste, de l'os et production d'hyperostoses.

Tels sont les nombreux procédés préconisés et employés. Cette énumération qui peut paraître longue et fastidieuse, nous a paru nécessaire pour un travail sincère.

Après avoir compulsé de nombreux documents nous avons été amené à conclure que les ulcères variqueux ayant des causes multiples et des aspects cliniques variés nécessitent un traitement éclectique. Tel est le traitement que nous allons maintenant décrire.

Citons, pour terminer ce chapitre, cette phrase de Jeannel : « Une opération a d'autant plus de chances « d'être curative qu'elle s'inspire d'une étiologie assu- « rée, d'une anatomie pathologique bien assise de la « lésion qu'elle prétend guérir ».

CHAPITRE IV

TRAITEMENT PRÉCONISÉ

Le *Diagnostic* sera posé d'une manière ferme après avoir éliminé les ulcères néoplasiques, parasitaires, trophiques eczémateux, et principalement l'ulcère syphilitique. Dans les cas douteux il est indiqué de faire la réaction de Wassermann.

Contre-indications opératoires : Ce sont toutes les déchéances physiques : les cardiopathies, la tuberculose avancée, l'urénie, l'obésité très marquée, le diabète, la dégénérescence amyloïde du foie résultant par exemple de la suppuration prolongée d'un ulcère.

I. *INDICATIONS DU TRAITEMENT*

M. Quénu disait en 1882 : « Nous avons été souvent « frappé, dans le cours de nos études, du défaut de « rapport qui fréquemment existe. entre le développe- « ment des varices et la production des ulcères ; cer- « tains malades arrivent aux derniers degrés de la di- « latation variqueuse, avec des membres inférieurs sur-

« chargés de pelotons veineux; ils échappent toute « leur vie à l'ulcération. D'autres, au contraire, dans « cette classe nombreuse d'ulcéreux que Boyer dési- « gnait sous le titre significatif de « vermine des hôpi- « taux » semblent moins riches en varicosités et pour- « tant dans leurs tissus ont subi aux membres infé- « rieurs les modifications les plus profondes ».

Il n'est pas rare de rencontrer des ulcères variqueux profonds et étendus qui ne s'accompagnent pas de grandes dilatations variqueuses, mais seulement de quelques petits paquets variqueux limités à la jambe. Ces ulcères dénotent la prédominance de l'élément nerveux. A ces cas s'applique l'opération de la « jarretière » seule.

Dans d'autres cas, à côté de l'ulcère il y a de grosses varices des saphènes, remontant au-dessus du genou, l'insuffisance valvulaire de la saphène est très nette. A cette deuxième catégorie de cas nous recommandons l'opération de la jarretière d'abord, puis ensuite la saphénectomie totale ou subtotale suivant l'étendue des lésions.

Nous ne décrirons ici que l'opération de la « jarretière » telle que nous la concevons, renvoyant pour la saphénectomie au travail de Terrier et Alglave (Revue de Chirurgie : Juin 1906) et à la thèse de Truchet (Lyon 1909).

II. *SOINS PRÉOPÉRATOIRES*

Nous recommandons de faire subir à l'ulcère un traitement préliminaire de durée variable suivant son

étendue et sa profondeur : pansements à l'eau oxygénée diluée ou au vin aromatique. Quelques lavages à l'éther seront pratiqués afin d'aseptiser le plus possible l'ulcère.

Au moment de l'opération, la peau de la jambe, au niveau de l'intervention, sera rasée et désinfectée.

L'ulcère sera désinfecté à l'éther ou à l'alcool iodé et recouvert d'un pansement très propre.

III. *ANESTHÉSIE*

L'opération de la jarretière est d'une technique si simple et si rapide dans la majorité des cas qu'elle peut être faite avec l'anesthésie locale selon la technique de Reclus : cocaïne ou novocaïne.

Parfois on pourra faire l'anesthésie rachidienne à la novocaïne.

Nous avouons que nous préférons l'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther.

IV. *TECHNIQUE*

L'opération doit être faite sous le couvert d'une asepsie rigoureuse.

L'opérateur se placera à gauche du malade si l'intervention doit porter sur la jambe gauche, à droite dans le cas contraire.

A l'aide d'un couteau à amputation, de taille moyenne, ou même d'un bistouri, on fait une incision circulaire complète au-dessus du mollet à quatre travers de doigt environ au-dessous de la pointe de la rotule. Cette incision intéressera d'emblée le tissu cellulaire

sous-cutané. Les deux lèvres de la plaie se rétractent alors.

Puis on enlève tous les tissus superficiels : nerfs, veines, artérioles, tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose.

Nous insistons sur l'ablation complète des tissus sur une hauteur d'au moins 3 à 4 centimètres. Les veines sont pincées et liées en haut et en bas de la plaie avant résection. Les nerfs doivent être réséqués sur une assez grande étendue (3 à 4 centimètres) pour éviter leur régénération ultérieure dans la cicatrice.

La résection des veines variqueuses n'est pas toujours chose facile, il faut parfois sculpter le vaisseau dans sa gangue scléreuse.

Cette première résection étant terminée, on fait une boutonnière (à axe vertical), de quelques centimètres de hauteur, à la partie postérieure de la jambe, dans l'aponévrose et au fond de la plaie. Puis, à l'aide d'une sonde cannelée, on dissèque le nerf saphène externe et son accessoire ainsi que la saphène externe. Ces éléments anatomiques sont logés dans un dédoublement de l'aponévrose ou sous l'aponévrose, dans le sillon des deux muscles jumeaux. Après les avoir dénudés, on les resèque comme prédemment.

Après s'être assuré qu'il ne reste ni nerf superficiel ni veine sur l'aponévrose jambière, on fait une *hémostase très soigneuse* à l'aide de ligatures au catgut et non par torsion. Cette précaution est indispensable pour éviter les hématomes qui retardent la cicatrisation de la plaie et peuvent de ce fait rendre la cicatrice constrictive et adhérente.

Ensuite on fait la *suture complète* de la plaie à l'aide de crins de Florence et d'agrafes de Michel. Pour faciliter la suture de la face postérieure de la plaie, on fera bien de plier la jambe sur la cuisse. Les bords de la plaie se rapprochent ainsi plus facilement.

Nous recommandons la suture *per primam* qui est supérieure comme résultat. Elle évite que la cicatrice ne devienne adhérente, constrictive et n'amène de la douleur et de l'œdème. D'ailleurs, si la résection des nerfs et des veines a été bien faite et complète, il n'y a pas à craindre la régénération possible des nerfs ou des veines.

La suture terminée, on fera un pansement aseptique assez épais et légèrement compressif. Puis on refait le pansement de l'ulcère qui doit être distinct pour éviter que la sérosité de l'ulcère ne vienne souiller la plaie opératoire.

V. *SOINS POSTOPÉRATOIRES*

L'opéré est remis dans son lit, la jambe légèrement relevée par un oreiller ou par un coussin placé sous le pied pendant 24 à 48 heures. S'il n'y a pas d'élévation thermique et si le pansement n'est pas souillé, on ne fera le premier pansement que 4 à 5 jours après. Les agrafes seront enlevées le 7e ou le 8e jour et les crins 2 à 3 jours après les agrafes.

Quant à l'ulcère, il sera pansé tous les 3 ou 4 jours. Si la cicatrisation de l'ulcère tardait trop, on pourrait tenter l'application de greffes de Reverdin ou mieux de greffes d'Ollier-Thiersch. Mais il ne faut pas escompter

une prise rapide et certaine des greffes dans le cas d'ulcère variqueux, car il ne faut pas perdre de vue que ces greffes recouvrent une plaie atone, de peu de vitalité, de nutrition défectueuse par suite des troubles trophiques.

Il sera bon de recommander au malade de porter dans la suite un bas élastique ou une bande de crèpe.

MODE D'ACTION DE L'OPÉRATION DE LA JARRETIÈRE

Il paraît difficile d'expliquer avec précision et complètement comment agit l'incision circonférentielle en jarretière dans la cure de l'ulcère variqueux.

En liant et reséquant les veines, elle supprime les troubles dus à la pression sanguine par interruption de la colonne sanguine.

Mais elle agit principalement sur les nerfs dont le rôle est si important dans la pathogénie de l'ulcère variqueux. En supprimant les nerfs malades elle supprime les troubles trophiques et c'est ce qui la rend si logique.

Comme nous le disait récemment M. Delassus, peut-être aux troubles de la trophicité s'ajoutent des troubles dystrophiques, c'est-à-dire : non seulement les nerfs malades troublent la nutrition des tissus, mais encore ces nerfs malades, en vertu de leur action dystrophique empêcheraient la régénération des tissus et la guérison de l'ulcère. La cause de ces troubles dystrophiques étant supprimée par la section du nerf, les tissus pourraient se régénérer et l'ulcère guérir.

CRITIQUE DE L'OPÉRATION

On a fait trois reproches à cette méthode : 1° Cette incision en jarretière peut provoquer de l'œdème de la jambe et du pied. Mais en suturant la plaie *per primam.* on évite que la cicatrice ne devienne constrictive comme dans les anciens procédés où on laissait la plaie béante.

2° La section des nerfs superficiels doit amener de l'insensibilité de la peau de la jambe. Cette insensibilité n'est que partielle et les résultats le prouvent. D'ailleurs, outre les nerfs que nous avons cité, il existe des petits filets perforants ,des anastomoses qui suppléent.

3° Le plus grand reproche est le suivant : L'opération de la jarretière ne paraît enrayer que provisoirement les troubles vasculaires lorsque ceux-ci sont très accentués.

Aussi proposons-nous de compléter la jarretière par une saphènectomie ultérieure quand il y a de grosses varices, quand les valvules de la saphène sont forcées, insuffisantes.

OBSERVATIONS

(Personnelles)

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur Delassus).

Jarretière pour deux ulcères de la jambe droite, guérison. — Malade revu deux ans après : succès maintenu.

V. Florimond, âgé de 45 ans, contremaître de filature, fait un premier séjour à l'Hôpital de la Charité, dans le service de M. le Professeur Delassus, du 12 août 1915 au 4 novembre 1915.

Le malade est atteint de varices, limitées à la jambe, depuis environ 12 ans. En 1904, sous l'influence d'un effort minime, il eut une rupture de varice, accompagnée d'une hémorragie peu abondante.

Une ulcération du 1/3 moyen de la jambe, face interne, s'en suivit.

Cette ulcération grandit peu à peu, malgré les nombreux traitements médicaux et l'application des pommades les plus variées.

A son entrée à l'Hôpital, le malade présente deux

ulcères séparés par un pont étroit de peau saine : l'un occupe le 1/3 moyen de la jambe, l'autre descend jusqu'à la pointe de la malléole interne. L'ensemble atteint les dimensions d'une moitié de paume de main. Ces ulcères sont profonds, suintants et très douloureux. Le malade ne peut plus travailler. La jambe présente un fort œdème surtout marqué le soir.

L'examen des urines ne révèle aucun élément anormal : ni albumine, ni sucre. Pas d'antécédents morbides, pas de de syphilis. La réaction de Wassermann pratiquée est négative.

Le malade est mis au repos au lit. On lui fait des pansements à l'eau oxygénée diluée, alternant avec des pansements au vin aromatique.

Peu à peu les ulcères bourgeonnent et se comblent, et quand le malade sort de l'Hôpital, le 4 novembre 1915, les ulcères sont presque complètement guéris.

Dans la suite, le malade revient se faire faire quelques pansements, mais les ulcères récidivent progressivement.

Le 5 juin 1917, le malade entre de nouveau à l'Hôpital de la Charité. M. le Professeur Delassus lui propose l'opération de la « jarretière » qui est pratiquée le 7 juin.

Opération : sous anesthésie chloroformique : 3 incisions profondes jusqu'à l'aponévrose, laissant intacts 3 ponts de peau saine : l'un antérieur et les deux autres postérieurs (l'un d'eux postéro-interne, l'autre postéro-externe) — ablation de tous les tissus y compris les nerfs superficiels et les veines. Hémostase. Ls plaies opératoires ne sont pas suturées.

Suites normales. Le premier pansement est fait le 3e jour et les autres se suivent à des intervalles de 3 à 4 jours.

Le malade se lève pour la première fois le 2 juillet.

Les plaies bourgeonnent au point qu'il faut, à plusieurs reprises, les cautériser au nitrate d'argent. Quant à l'ulcère, il se comble rapidement et le malade sort complètement guéri le 1er septembre 1917.

Le malade est revu par nous le 16 mai 1919, près de deux ans après l'intervention. Il se déclare « enchanté » du résultat.

Son travail assez fatigant ne l'incommode guère.

La cicatrice opératoire est belle, non adhérente, souple, nullement douloureuse.

A noter la présence de quelques petits paquets variqueux au-dessous de la cicatrice et dans la zone antéro-interne de la jambe.

Quant à la zone jadis le siège de ces ulcères étendus et profonds, elle est couverte d'une peau rosée, souple et il serait bien difficile, à l'heure actuelle, de retrouver les anciennes limites des ulcères.

Pas d'anesthésie du membre inférieur. Léger œdème vespéral. Le malade ressent parfois quelques légers picotements.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur DELASSUS)

Ulcère variqueux étendu de la jambe droite, datant de 25 ans. — Jarretière. — Malade revu 4 ans après : Succès maintenu.

S. Léon, 63 ans, wattman aux tramways électriques, entre à l'Hôpital de la Charité le 20 avril 1915, dans le service de M. le Professeur Delassus pour un ulcère variqueux de la jambe droite.

Le malade est porteur de varices depuis 30 ans. Ces varices ne remontent pas au-dessus du genou.

Il y a 25 ans, à la suite d'une chute sur la manivelle d'un cric, survient un ulcère de la face interne de la jambe.

Malgré tous les traitements essayés, l'ulcère n'a jamais été guéri complètement.

Antécédents : malade asthmatique depuis longtemps. Pas de syphilis.

Au moment de l'entrée à l'Hôpital, l'ulcère siège à la partie inférieure de la face interne de la jambe. Il mesure environ 13 centimètres en hauteur, et en largeur 2 centimètres à la partie supérieure et 4 centimètres au niveau de la malléole.

L'ulcère est très profond, suintant et douloureux. La peau avoisinante est fortement pigmentée sur une large étendue. La jambe est œdématiée le soir.

Le malade est mis au repos au lit et on lui fait des

pansements au vin aromatique. L'ulcère se comble peu à peu.

En juin 1915, on décide l'opération de la « jarretière » qui est pratiquée le 15 juin par M. le professeur Delassus.

Opération : Sous anesthésie chloroformique. Incision circulaire complète, jarretière typique. On enlève une bande de peau avec tous les tissus jusqu'à l'aponévrose jambière. Pas de suture.

La cicatrisation de la plaie se fait rapidement, mais la cicatrice devient constrictive et douloureuse, principalement sur le bord antéro-interne.

Le 10 août 1915, M. Delassus tente une nouvelle intervention : ablation du tissu cicatriciel. Il décolle au-dessus et au-dessous trois languettes de peau saine, de 3 centimètres de largeur. Il les fait glisser et les suture deux à deux.

A la suite de cette seconde intervention la plaie se ferme progressivement et le malade sort complètement guéri le 25 septembre 1915.

Nous avons revu le malade le 16 mai 1919, près de quatre ans après l'opération. Il est très satisfait du résultat obtenu.

La jambe droite est très peu variqueuse, la cicatrice est souple, non constrictive. Au niveau de l'ancien ulcère qui est complètement fermé, la peau est lisse, luisante, pigmentée. Hypoesthésie assez marquée, principalement le long du bord externe du pied. Parfois le malade ressent quelques légers picotements dans la jambe.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur DELASSUS)

Ulcère variqueux large et profond de la jambe droite datant de 20 ans. — Varices très marquées. — Jarretière incomplète. —Malade revu un an après : récidive.

V. François, 61 ans, fileur, entre le 12 juillet 1918, à l'Hôpital de la Charité dans le service de M. le Professeur Delassus, pour un ulcère variqueux de la jambe droite.

Aucun antécédent morbide personnel. Signalons seulement un phlegmon grave de la face dorsale du pied droit (près du bord externe) ayant nécessité une large incision.

Varices très marquées de la saphène interne jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

Le malade a fait de nombreux séjours dans les hôpitaux. Malgré tous les traitements médicaux essayés, l'ulcère n'a jamais guéri.

Au moment de son entrée à l'Hôpital le malade pré sente un ulcère étendu de la face interne de la jambe, descendant jusqu'à la malléole. Cet ulcère mesure 11 centimètres de haut sur 5 centimètres de large. Il est très profond, atteignant le périoste et de plus il est très douloureux.

Opération pratiquée le 14 juillet 1918 par M. le Professeur Delassus assisté de M. le Docteur Delépine.

sous anesthésie chloroformique, on fait une incision en U, au niveau de la jarretière, n'intéressant pas la peau qui recouvre la face interne du tibia. Pas de suture.

Suites normales, pansements rares. La plaie opératoire guérit rapidement et 12 jours après l'intervention, l'ulcère est comblé.

Le malade sort guéri le 1er août 1918.

Nous avons revu le malade le 16 mai 1919. L'ulcère a récidivé et a même presque atteint ses dimensions d'autrefois, mais il est moins profond. Il est douloureux et suinte beaucoup.

Léger œdème vespéral, hypoesthésie assez marquée de la jambe. Les varices sont toujours assez volumineuses.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère variqueux est un trouble trophique dont les causes sont multiples : principalement veineuses et nerveuses. Le « primum movens » semble être l'élément veineux, mais l'élément nerveux semble finir par dominer.

II. — Les traitements dits médicaux, n'arrivent pas à guérir l'ulcère variqueux définitivement.

III. —Il faut donc un traitement chirurgical combinant, qui agisse sur l'élément veineux en même temps que sur l'élément nerveux. L'incision circonférencielle de la jambe selon la méthode de Mariani modifiée par Reclus, dite opération de la « jarretière », semble répondre le mieux à ces desiderata.

IV. — Cette opération est simple, rapide, peu mutilante, et peut être pratiquée sous l'anesthésie locale. Nous recommandons de pratiquer la suture *per primam* de la plaie opératoire, afin d'éviter que la cicatrice ne devienne constrictive.

V. — Les résultats obtenus sont très encourageants et durables.

VI. — L'opération de la « jarretière » sera pratiquée seule dans le cas d'ulcère ne s'accompagnant pas de varices volumineuses et étendues, remontant au-dessous du genou, ni d'insuffisance marquée des valvules

VII. — Elle sera suivie (et non rejetée) de la saphènectomie totale si l'ulcère s'accompagne de varices volumineuses, étendues, et d'insuffisance valvulaire marquée.

VIII. — Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on sera amené à pratiquer des greffes, le raccourcissement du membre ou l'amputation.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERT. — Thèse, Paris, 1911 : Du Traitement chirurgical des ulcères variqueux rebelles des membres inférieurs.

ALGLAVE. — Saphénectomie : Presse Médicale, 12 juin 1909.

AUDIBERT et FOUQUET. — Guérison de l'œdème et des ulcères chroniques de la jambe par le traitement ambulatoire. — Presse Médicale, 8 Mai 1919, p. 250.

AUZILHON. — Introduction à l'étude de l'ulcère simple. — Montpellier, 1868.

BERGER (P.). — Du traitement des ulcères de la jambe par l'incision circonférentielle. — France Médicale, Paris, 1875. T. XXII, p. 329.

BEURNIER. — Les varices. — Bibliothèque Charcot-Debove, 1894.

BOUGLÉ. — Chirurgie des artères, veines, lymphatiques et nerfs (1901).

BRAULT. — Société de Chirurgie : Séance, 3 Juin 1903.

Traitement des ulcères variqueux. — Gazette des Hôpitaux, 4 Août 1903.

BRUEN (E.-T.). — Philadelphia Médical Times, 1873-1874 : On the Treatment of ulcers of the legs by circumcision.

CAILLETON. — Thèse Paris (1900-1901), n° 335 : Des différentes interventions chirurgicales dans le traitement des ulcères variqueux.

CAILLOUÉ. — Thèse Paris (1899) : Cure sanglante des varices (excision de grands lambeaux).

CANAGUIÉ. — Thèse Bordeaux, 1908. — La chirurgie des varices des membres inférieurs.

CASTAN. — Thèse Lyon 1906-1907 : Saphénectomie totale.

CERNÉ. — Résection de la saphène interne. — Société de Chirurgie, 15 Octobre 1890.

CHARRADE. — Thèse Paris (1892) : Traitement des varices.

CHEVRIER. — Reflux veineux dans les veines superficielles. — Archives générales de Chirurgie (Janvier 1908).

— Influence du radium sur l'épidermisation : Progrès Médical, 2 Avril 1900.

CHIPAULT. — Traitement des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs : Travaux de neurologie chirurgicale, IVe année.

— Société de Chirurgie, Mai 1899.

— L'Œuvre médico-chirurgicale, n° 33, 23 Mars 1903.

GRIPAULT. — Société de Neurologie : 6 Juin 1901.

CITERNESI. — Opération de Moreschi : Clinica chirurgica, Mai 1901.

CORDEBART. — Thèse Paris (Mai 1893). — Traitement des varices et de l'ulcère variqueux par la ligature et la résection de la saphène interne.

COUDERT. — Thèse, Paris, 1898 : L'opération de Trendelenbourg.

COUTON. — Thèse Paris, 1909, n° 12 : Traitement chirurgical des ulcères variqueux.

DELAGENIÈRE. — Raccourcissement de la jambe de propos délibéré contre un ulcère variqueux rebelle. — Archives Médicales d'Angers (20 Mars 1911).

DELBET (Paul). — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. — Presse Médicale, 13 Octobre 1900.

— Varices du membre inférieur. — Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, 1904.

— Société de Biologie, 22 Avril 1899.

DELBET (Pierre). — Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu, Août-Septembre 1897.

— Du rôle de l'insuffisance valvulaire dans les varices. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1899, p. 213. — Semaine Médicale, Octobre 1897, p. 372.

— Traitement des varices par l'anastomose saphéno-fémorale. — Séance de l'Académie de Médecine, 18 Décembre 1906. — Bulletin médical, 19 décembre 1906.

DELORE. — Congrès de Chirurgie : Lyon 1894.

DESGUIN. — Cure des ulcères variqueux par l'opération de Moreschi. — Annales de la Société belge de chirurgie, 1902, p. 176.

DOLBEAU. — In these Lafaye, 1875.

DUPLAY. — Traitement des ulcères variqueux. — Progrès Médical, 1900. T. XI, p. 401.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, t. I, p. 430.

DURAND. — Thèse Paris (1901-1902). — Méthode de Moreschi et modifications.

ESTYENNY. — Thèse Toulouse (1893). — Ligature de la saphène interne dans la cure des varices et des ulcères.

GAY. — The Lancet : 1853, p. 450.

GIORDANO. — Clinica chirurgica : 1900.

GUIBÉ. — Saphénectomie totale : Presse Médicale, 1906.

HARDOUIN et LE PIPE. — Incision de Moreschi. — Presse Médicale, 17 Janvier 1906.

HIRSCHFELD. — Atlas du système nerveux et des organes de sens chez l'homme.

JANU. — Valvulations artificielles : Société de Chirurgie de Bucarest, 16 Juin 1908.

JASSERON. — Thèse Toulouse, 1905.

JEANNEL. — Congrès de Chirurgie, Paris : Octobre 1910.

JEANSELME. — De l'ulcère de la jambe et des lésions qui le précèdent et de celles qui le suivent. — Gazette des Hôpitaux, 1888, p. 793.

KENDIRDJY. — Ligature des veines afférentes de la crosse de la saphène. — La Clinique, 25 août 1910.

LABEY. — Chirurgie du membre inférieur (1909). — (Collection des prosecteurs), p. 207.

LAFAYE. — Thèse, Paris (1875) : Ulcère et incision circonférentielle.

LE DENTU. — Thèse Paris (1867) : Recherches sur la circulation veineuse du pied et de la jambe.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie : Maladies des veines. — Launay, t. XII, p. 48.

LEGUEU. — Ulcères variqueux et résection veineuse. — Leçons de Clinique chirurgicale, 1902, p. 106.

LEJARS. — Circulation veineuse du pied. — Archives de Physiologie, 1890.

LE PIPE. — Thèse, Paris (1906) : Traitement des ulcères de la jambe par l'incision circonférentielle.

MARIANI. — Gazetta degli ospedali, 25 Nov. 1900, p. 1481. — Incision circonférentielle unique dans le traitement des varices et des plaies variqueuses de la jambe.

MASINI. — Traitement de l'ulcère variqueux par la méthode de Moreschi : Marseille Médical, 1907, t. X, p. 605.

MASINI. Une méthode ultra-combinante pour le traitement des ulcères rebelles. — Sud Médical, t. XLIII, 15 Septembre 1911.

MASSIA et LYONNET. — Traitement chirurgical de l'ulcère variqueux. — Société des Sciences Médicales de Lyon, 12 Janvier 1910.

MAUCLAIRE. — Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris, Octobre 1910.— (Traitement chirurgical de l'ulcère variqueux et des complications des varices).

— Diagnostic et Traitement des ulcères variqueux. — La Clinique, 28 Janvier 1910.

— Diagnostic des ulcères variqueux et Traitement par les incisions circonférentielles du membre, la circonvallation de l'ulcère et la ligature étagée de la saphène. — Journal de l'Association Médicale Mutuelle (Décembre 1901).

MONOD et VANVERTS. — Traité de Technique opératoire (1907), t. I, p. 410.

MORESCHI. — Riforma medica, 1894.

— Clinica chirurgica, Février 1899.

NARATH. — L'ablation sous-cutanée des varices des membres inférieurs. — Semaine Médicale, 3 Octobre 1906.

— Les complications de la cure radicale des varices des membres inférieurs par le procédé de Trendelenbourg. — Analysé dans la Presse Médicale, 1898 , p. 286.

OLIVIERI. — Thèse Montpellier (1903). — Ulcères variqueux et procédé de Moreschi.

PITZORNO. — Clinica Chirurgica, 7e année, nº 5.

POIRIER et CHARPY. — Traité d'Anatomie.

QUÉNU. —Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux. — Revue de Chirurgie, 1882, t. II, p. 877.

— Pathogénie des ulcères variqueux. — Société de Chirurgie, 1888.

— Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1900, t. XXVI, p. 310 et 25 novembre 1891.

RECLUS. — Résection segmentaire de la saphène interne. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1895, p 152.

— Traité de Chirurgie, t. I, p. 39.

RÉMY. — Traité des Vacices (1901).

— Traitement chirurgical des varices. — Congrès français de Chirurgie, 1892.

— Congrès français de Chirurgie, 1898.

RICARD. — De la cure radicale des varices. — Gazette des Hôpitaux, 1890.

RIOU. — Thèse, Paris, 1909. — Traitement chirurgical des ulcères variqueux.

SCHWARTZ. — Revue de Chirurgie, 1898, p. 1087.

— Congrès de Chirurgie, 1898.

— Traitement des varices par l'excision veineuse et ablation de grands lambeaux cutanés. — Presse Médicale, 1898, nº 74.

— De la cure sanglante des varices. — Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, 1896.

SÉBILEAU. — Comment viennent les ulcères variqueux. — Gazette Médicale de Paris, 1897, p. 61.

SÉJOURNET. — Thèse Paris (1877). — Etude des modifications de la sensibilité thermique dans les ulcères variqueux.

SILVY. — Thèse, Paris (1900). — Du traitement des ulcères variqueux par la dissociation fasciculaire du nerf sciatique.

TERRIER et ALGLAVE. — La résection totale des saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs et de leurs complications. — Revue de Chirurgie, Juin 1906, t. XXXIII, p. 865 et Août 1906, t. XXXIV, (Observations).

TESSÈNE. — Thèse, Paris, 1904-1905. — Incision circulaire de la cuisse pour ulcère variqueux.

TESTUT. — Traité d'Anatomie humaine, t. II et t. III.

THÉVENOT. — Elongation du sciatique pour ulcère. — Gazette des Hôpitaux, 1902, p. 129.

TILLAUT. — Varices et ulcères variqueux. — Tribune médicale, 1901, p. 26.

TRIPIER. — Thèse, Paris, 1890. — Traitement des grands ulcères de la jambe par la méthode de Thiersch.

TRUCHET. — Thèse, Lyon (1908-09). — De la résection totale des saphènes dans le traitement des varices des membres inférieurs.

VARTAVIAN. — Thèse, Paris, 1907. — Traitement ambulatoire des ulcères variqueux.

VAUGRENTE. — Thèse, Paris, 1893. — Traitement des ulcères de la jambe.

VIANNAY. — Etude critique de l'opération de Trendelenbourg. — Revue de Chirurgie, 10 Janvier 1905. — Semaine Médicale, 26 Avril 1905, p. 203.

— Rétablissement du calibre de la saphène après la ligature et la section. — Loire Médicale, 15 Avril 1908.

VINCE. — Annales de la Société belge de Chirurgie. — 1900, p.249 .

WENZEL. — Traitement chirurgical des varices et de l'ulcère variqueux par l'incision circulaire de la cuisse. — Revue de la Société Médicale Argentine, 1902, t. x, p. 149.

WICKHAM et DEGRAIS. — Radiumthérapie dans un cas d'ulcère variqueux. — Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie, 1907, p. 302.

Vu : *le Président de Thèse*,
Dr F. LEJARS.

Vu : *le Doyen*,
Dr ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

LILLE — IMPRIMERIE CENTRALE DU NORD